Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu München
Direktor: Professor Dr. Magnus

Die Parotisfistel und ihre Behandlung

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ingeborg Schlauske
aus Kattowitz/Oberschlesien

1939

Druckerei wissenschaftlicher Werke Konrad Triltsch, Würzburg-Aumühle

Referent: Dozent Dr. F. Jaeger

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554006_0184

Der Mund ist seinem Zwecke entsprechend von der Natur mit zahlreichen Drüsen versehen, die sich in die chirurgisch weniger wichtigen Schleimdrüsen und die 3 großen Speicheldrüsen gliedern. Von diesen interessiert uns vor allem die Glandula parotis, die als die größte der drei großen Speicheldrüsen Gl. sublingualis, submaxillaris und parotis anzusehen ist.

Die Ohrspeicheldrüse ist in die Fossa retromandibularis eingebettet und schickt ihren Ausführungsgang, Ductus parotideus (Stenonis) an der lateralen Seite des Muskulus masseter zur Backe; hier biegt derselbe um den vorderen Rand des genannten Muskels medial ab, durchbohrt den M. buccinator und öffnet sich neben dem zweiten oberen Molaren in den Vorraum der Mundhöhle. Ein Teil des Drüsenparenchyms tritt über den hinteren Rand des Unterkieferastes hervor und deckt in Gestalt eines nach vorn zugeschärften Fortsatzes der Drüse den hinteren Teil des M. masseter. Von diesem Fortsatz isolieren sich nicht selten mehrere Drüsenläppchen, welche als Glandula parotis accessoria beschrieben werden.

Auf Grund dieser ihrer exponierten Lage ist die Parotis vielmehr als andere Drüsen des Mundes Verletzungen ausgesetzt. Im Anschluß an solche Verletzungen, sei es durch Hieb, Stich, Schlag, Schnitt oder Stoß und Operationen bilden sich nicht selten Fisteln in allen Teilen dieses Organs. Diese bedeuten für den Befallenen zwar kein gefährliches, dafür aber ein höchst lästiges Leiden.

Man spricht von einer Speichelfistel, wenn der Speichel an abnormer Stelle an die Oberfläche tritt und unterscheidet je nach dem betroffenen Teile Speicheldrüsen = und Speichelgangfisteln. Bei den Speicheldrüsenfisteln ist ein kleinerer Ductus beteiligt, aber nicht wie bei den Speichelgangfisteln der eigentliche Hauptgang. Mündet eine Fistel auf die äußere Haut, so bezeichnet man sie als äußere, kommuniziert sie an abnormer Stelle mit der Mundhöhle, so nennt man sie eine innere Speichelfistel.

Eine Speichelfistel kann unerträglich werden, wenn bei der Kommunikation des Hauptganges mit der äußeren Haut das gesamte Sekret einer Parotis auf die Oberfläche entleert wird. Solche Patienten müssen immerfort den hinablaufenden Speichel abtupfen, sind für den geselligen Verkehr ungeeignet, bekommen durch die dauernde Benetzung der Haupt hartnäckige Ekzeme und

leiden in ihrer Ernährung, weniger infolge mangelhafter Einspeichelung der Speisen, als dadurch, daß die während der Mahlzeiten besonders reichliche, oft kaum zu beherrschende Sekretion aus der Fistel ihnen jede Nahrungsaufnahme verleidet.

Ätiologisch kommen, wie schon hervorgehoben, in erster Linie Verletzungen in Betracht, unter denen auch „Antrum- und Mastoidoperationen zu nennen sind (Oppenheimer, Binnerts, Kiproff). Außerdem können Speichelfisteln entstehen im Anschluß an Abscedierungen oder ulcerative Prozesse, welche von den Speicheldrüsen ausgehen oder auf sie übergegriffen haben (Karzinom, Lues, Tuberkulose, Aktinomykose, Noma).

Es ist etwas recht häufiges, daß nach einer Operation oder sonstigen Verletzungen des Drüsenkörpers der Parotis eine Fistel zurückbleibt; ebenso selten ist es aber auch, daß eine solche Drüsenfistel sich nicht im Laufe von Wochen oder längstens Monaten von selbst wieder schließt. R. Mittermaier schildert Parotisfisteln, die im Anschluß an Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes beobachtet wurden. Schuld an der Fistelbildung ist wohl stets eine Verletzung der Drüsenkapsel gewesen.

Aber auch ohne Entfernung der Mastoidspitze ist es zur Fistelbildung gekommen, wenn die Schnittführung aus kosmetischen Gründen (Claus) zu weit nach vorne gelegt wurde. Es empfiehlt sich deswegen, falls eine Verlängerung des Schnittes nach unten notwendig ist, ihn nicht bogenförmig nach vorn unter die Spitze laufen zu lassen, sondern ihn mitten über die Warzenfortsatzspitze hinwegzuführen. Vielfach hat sich die Fistel erst mehrere Wochen, ja Monate nach vollkommener Heilung durch Aufplatzen der Antrotomiewunde bemerkbar gemacht.

Zeigt sich eine Fistel ganz besonders hartnäckig und hat sie keine Neigung zur Ausheilung, so handelt es sich wohl immer um Fisteln des glandulären Ductusabschnittes, also eigentlich nicht um Speicheldrüsen-, sondern um Speichelgangfisteln.

Die Fisteln kommen an allen Teilen der Ohrspeicheldrüse vor und führen meist durch einen ganz kurzen feinen Gang an die Oberfläche. Gewöhnlich findet sich in wenig veränderter Haut eine einzige, sehr feine, inmitten eines Granulationsknopfes gelegene Öffnung, aus der wasserklarer Speichel in ganz unbedeutender oder mäßiger Menge, während der Mahlzeiten reichlich entleert wird. Die Sekretion ist bei einer Parotisfistel naturgemäß sehr viel geringer, als bei einer Fistel des Ductus Stenonis, da nur das Sekret eines Teiles der Drüse nach außen abfließt; ist die Sekretion auffallend stark, so muß man stets an eine Gangfistel denken. Außer der Speichelentleerung pflegen die Drüsenfisteln keine Erscheinungen zu machen; allerdings kommt es mitunter zu Entzündungen der Parotis, wenn die äußere Öffnung

sich schließt, oder umgekehrt: entzündliche Schwellungen bedingen einen zeitweisen Schluß der Fistel.

Um eine entsprechende Behandlung durchführen zu können, ist vor allen Dingen nötig, eine genaue Kenntnis der vorliegenden Verhältnisse zu gewinnen. Bisher konnten lediglich auf Grund der Lage der Fistel, der Speichelabsonderung und der Sondierungsmöglichkeit Schlüsse für die operative Indikationsstellung gewonnen werden. Dies betrifft vor allen Dingen die Gangfisteln, namentlich beim Bestehen einer Lippenfistel, bei Verschluß und bei größeren Defekten des Ductus Stenonis. Solche Fisteln heilen selten von selbst und sind auch schwer zu beseitigen.

K. Lange schildert einen Fall, indem es ihm gelungen ist, durch Injektion mit Lipiodol in die Fistel bei einem 18jährigen Mädchen die Gänge der Speicheldrüse und die Beschaffenheit des Ausführungsganges im Röntgenbild festzuhalten.

Auch Reginald T. Payne benutzte Lipiodol, das er, ohne Schaden gesehen zu haben, in den Ausführungsgang einspritzte. Er erachtete das Verfahren für bedeutungsvoll zur Erkennung entzündlicher Erkrankungen und zur Lokalisation von Verletzungen (gemeint sind wohl Verletzungsfolgen).

Das Verfahren, das leicht und schmerzlos ausführbar ist, gibt eine ausgezeichnete Klärung der vorliegenden Verhältnisse und kann unbedenklich empfohlen werden.

Für eine geeignete Therapie kommen zwei Methoden in Frage, entweder die unblutige, d. h. Ätzung und Kauterisation oder die blutige, d. h. operative.

Zeigt eine Speicheldrüsenfistel keine Tendenz zur Ausheilung, so kann man durch verschiedene therapeutische Maßnahmen nachhelfen. In den meisten Fällen wird man zum Ziele gelangen, wenn man von Zeit zu Zeit, etwa alle 4—5 Tage, die Fistel mit dem Höllensteinstift ätzt und dann einen nicht zu festen Druckverband anlegt. Unterstützt wird diese örtliche Behandlung durch Beschränkung der Speichelsekretion, also durch flüssige, reizlose Diät und möglichste Vermeidung jeder Kieferbewegung, sowie durch Atropindarreichungen, in der Menge von 0,0005 g. Ein wichtiger Hilfsfaktor ist überdies die Röntgenbestrahlung, die öfter mit gutem Erfolg angewandt worden ist. Die Wirkung dieser Strahlen auf Drüsen ist längst wohl bekannt. Bei größeren Bestrahlungen in der Gegend des Halses und Mundes macht sie sich durch Trockenheit der Schleimhäute recht lästig bemerkbar. Diese sonst so störende Erscheinung haben wie uns bei der Therapie der Parotisfisteln zunutze gemacht und geben, entsprechend den Angaben von K. Kleinschmidt als Röntgendosis 1 HED mit harten Strahlen auf ein Feld (Symmetrieapparat, 42 cm Funkenstrecke, 0,5 Glühkathodenröhre). Wenn nach 3 Wochen

eine zweite Bestrahlung nötig war, beschränkte sich die Dosis auf ¾ HED. Bringen diese konservativen Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg, so kommt die Auffrischung der Fistelränder mit darauffolgender Naht und vielleicht eine Plastik in Betracht, diese besonders dann, wenn die Fistel nicht einer Verletzung, sondern einem Ulzerationsprozesse ihre Entstehung verdankt. Küttner empfiehlt in sehr hartnäckigen Fällen sogar eine partielle Parotisexstirpation, wobei der N. facialis sorgfältig zu schonen ist. Eine solche Exstirpation oder die Bildung eines neuen Abflußweges wird aber nur sehr selten notwendig werden.

R. Mittermaier schildert die Behandlung von Fisteln, die im Anschluß an Mastoidoperationen nach vollkommener Heilung sich erst mehrere Monate durch Aufplatzen der Antromiewunde bemerkbar gemacht hatten. Nachdem die Behandlung auf konservativem Wege nicht zum Ziel geführt hatte, mußten die Fisteln excidiert werden, die verletzte Drüsenkapsel wurde vernäht und die Weichteile wurden darüber möglichst in Etagennaht exakt geschlossen.

Die Entstehung einer Speichelfistel im Anschluß an eine Exstirpation eines zystischen Tumors der Wange ist zurückzuführen nach O. Hofer auf eine Verletzung des Ductus parotideus oder der Parotis selbst. Handelt es sich um eine Ductusverletzung, dann ist die Präparation des zentralen Stumpfes vorzunehmen und die Mündung in die Mundhöhle zu verlegen. Besteht aber eine Verletzung des Drüsenlappens der Parotis, so kann eine Verödung durch Elektrokoagulation vorgenommen werden.

Nach Angaben von Leriche, wurde der Nervus auriculotemporalis herausgedreht, der Erfolg war ein guter, die Sekretion aus der Fistel sistierte sofort.

Ein Gegner der plastischen Methoden, der Entnervung von Leriche oder der teilweisen Exstirpation der Parotis von Küttner, ist Kausch, der ein großer Anhänger der Fadenmethode ist. Er schildert folgenden Fall, bei dem er die Fadenmethode erfolgreich angewandt hat.

Die 29jähr. Dame, eine Dänin aus Kopenhagen, stammt aus gesunder Familie. Seit früher Jugend leidet sie an einer leichten linken Gesichtsathrophie, die darauf zurückgeführt wird, daß sie im Alter von 4 Jahren auf die linke Wange fiel. Zunächst war nichts besonderes zu bemerken. Allmählich blieb aber die linke Wange gegenüber der rechten im Wachstum etwas zurück. Als sie eines Tages beim Zahnarzt war, um sich Zähne plombieren zu lassen, empfahl ihr dieser ein Zahnstück aus Kautschuk, das an einigen künstlichen Zähnen, die sie trug, befestigt werden sollte. Diese birnenförmige Prothese wurde auch angefertigt und jahrelang getragen, man merkte nunmehr kaum etwas von der Gesichtsdifferenz.

Später erfuhr sie, daß man solche Differenzen durch Paraffininjektion ausgleichen könne. Sie wandte sich daher an einen Arzt, der zunächst von dem Gesichtsfehler überhaupt nichts bemerkte, nach Herausnahme der

Kautschukprothese aber zu den Einspritzungen riet. Er versprach ihr, die linke Wange in kurzer Zeit, etwa einem Monat, der rechten gleich zu machen. Ein Monat darauf wurde mit den Einspritzungen begonnen; nach den ersten beiden wurde die Haut rot, der Artz sagte, das habe nichts zu bedeuten, würde wieder vergehen. Nach 2 Monaten erklärte der Arzt, er habe jetzt kein deutsches Paraffin mehr; die Patientin wartete daher noch ein halbes Jahr. Alsdann suchte sie wieder denselben Arzt auf, beklagte sich darüber, daß sie so herum gehen müsse: die ganze linke Wange war voll großer roter Paraffinknoten. Der Arzt riet, die Behandlung mit dänischem Paraffin fortzusetzen. Er nahm zwei kleine Operationen vor, um Platz für das Paraffin zu schaffen und es zu ebenen. Im Januar des folgenden Jahres bildeten sich an drei Stellen der Wange Löcher, aus dem Paraffin ausfloß. Es wurden dann noch drei kleine Eingriffe vorgenommen; der Erfolg war, daß sich ein großer Knoten an der Stelle bildete, wo schließlich die unterste Fistel bestand, hier floß fortwährend Paraffin und Speichel aus. Der Arzt erklärte andauernd, es werde alles gut werden, wenn nur erst die Fisteln verheilt wären.

So verging Monat auf Monat, bis die Patientin endlich die Geduld verlor und sich an Professor Rovsing, den bekannten hervorragenden Chirurgen Kopenhagens, wandte. Dieser nahm die Patientin in sein Krankenhaus, beobachtete sie hier längere Zeit. Aus den vorhandenen Speichelfisteln entleerte sich ständig Paraffin, Eiter und Speichel. Rovsing nahm eine Verletzung des Ausführungsganges der Drüse an. Er riet zur Entfernung der ganzen kranken Hautpartie samt der Ohrspeicheldrüse, darauffolgende Hautplastik; er erklärt in einem schriftlichen Gutachten, es würde eine bedeutende Entstellung der linken Gesichtshälfte als unvermeidliche Folge einer solchen Operation zurückbleiben.

Professor Rovsing sandte die Patientin dann nach Berlin zu Herrn Kollegen Joseph, der wegen seiner erfolgreichen Gesichtsplastiken auch in Kopenhagen bekannt ist. Herr Joseph schickte mir die Patientin zu mit der Frage, ob ich in diesem Falle die Speichelfistel mittels der Fadenmethode, die er bei meinem vorjährigen Vortrage gesehen hatte, glaube heilen zu können. Bei der Schwere des Falles konnte ich dies nicht sicher versprechen, riet aber sehr zu einem Versuche.

Als die Patientin in meine Hände kam, war die linke Wange durch die Narben, Höcker und Verfärbungen in geradezu abscheulicher Weise entstellt. Aus vier kleinen Löchern, die untereinander kommunizieren, entleerte sich der gesamte Speichel der Parotis. Von Zeit zu Zeit zeigte sich im Ausflusse ein Paraffinstückchen oder auch etwas Eiter. Die Patientin gab selbst an, daß die Innenseite der linken Wange andauernd trocken sei. Es bestand eine starke Kieferklemme, die Zähne konnten nur $^3/_4$ cm auseinandergebracht werden.

Ich beschloß einen neuen Speichelgang von der obersten Fistel aus, möglichst nahe an der Ohrspeicheldrüse, nach der Gegend der Mündungsstelle des Ductus stenonis zu bilden. Am 17. Januar 1919 nahm ich im Chloräthylrausch den Eingriff vor. Ich bewaffnete eine leicht gekrümmte scharfe Nadel mit einem starken Seidenfaden, stieß die Nadel durch, knotete den Faden so, daß ich eine lockere Schlinge hatte. Die Schlinge wurde über dem Ohr aufgehängt. Jeden Tag wurde der Faden hin- und herbewegt, mit Pellidolsalbe bestrichen. Wie wichtig es ist, stets 2 Fäden liegen zu haben, sehen Sie daraus, daß eines Tages der eine Faden durchgerissen, wahrscheinlich durchgebissen war. Wäre nur ein Faden durchgeführt worden, und wäre er herausgegangen, so wäre es niemals gelungen, einen neuen Faden durch denselben Kanal zu legen, ich hätte also einen neuen Kanal bohren müssen. So war es eine Kleinigkeit, 2 neue Fäden einzulegen. Es gilt dies für jede Fadenmethode, insbesondere auch

für die Sondierung ohne Ende; stets müssen 2 Fäden liegen, von denen der eine als Sicherheitsfaden zu betrachten ist.

Bereits nach wenigen Tagen ließ die Speichelabsonderung stark nach, das Aussehen der Fistel änderte sich aber nicht. Daher vereinigte ich am 28. Januar die vorhandenen 4 Fisteln durch einen in der alten Narbe liegenden Schnitt und kratzte die ganze Wundhöhle energisch mit dem scharfen Löffel aus. Dabei wurden beträchtliche Mengen von Paraffin entfernt. Damit begann sich das Aussehen der Wunde schnell zu verändern. Die Höhle, die grau und schmierig aussah, reinigte sich schnell, es traten schöne rote Granulationen auf; von Zeit zu Zeit sah man auf ihnen ein kleines Paraffinstückchen, niemals größer als eine halbe Linse. Die Wunde begann sich schnell zu verkleinern. Seit Anfang Februar fließt überhaupt kein Speichel mehr aus der Wunde, Patientin fühlt die Innenseite der Wange genau so feucht, wie die andere Seite.

Daraus ist nun zwar noch nicht mit Sicherheit der Schluß zu ziehen, daß der neue Speichelgang bereits völlig epithelisiert ist; ich nehme es jedoch an, nach meinen Erfahrungen dauert es je nach der Länge des Kanals 4—6 Wochen und ich beabsichtige von heute an den Faden wegzulassen. Die Wunde wird sich jetzt bald gänzlich schließen.

Kollege J o s e p h, dem ich den Fall nach Verheilung der Fistel zurückgeben werde, wird die plastische Operation nunmehr auf aseptischem Grunde vornehmen können. Ich hoffe, daß die Plastik ein ebenso günstiges Resultat ergeben wird, wie die Behandlung der Speichelfistel.

Sie sehen an diesem Falle, wie sicher die überaus einfache Fadenmethode ist, selbst in einem so schweren Falle. Die Methode beruht auf dem Prinzip der Bildung des Ohrringkanals. Von wem sie stammt weiß ich nicht; ich lernte sie auf der M i k u l i c z'schen Klinik in Breslau kennen, wo sie als eine alte Methode bekannt war. Sie führt stets und sicher zum Ziele, gleichgültig ob es sich um eine Drüsen- oder Speichelgangfistel handelt.

Der Fall zeigt ferner, daß die Paraffininjektionen doch nicht so harmlos sind, wie man anfangs annahm. Ein so übles Ergebnis, wie im vorliegenden Falle ist glücklicherweise selten.

Alle diesen operativen Eingriffe sind daher mit einer erheblichen Unsicherheit des Erfolges belastet, davon ist die Resektion des Nervus auriculo temporalis und die Exstirpation der Drüse ausgenommen, wenn der Speichel an die frische Naht in nicht ganz reinem Gebiet andrängt. Bedeutend besser werden die Aussichten, wenn man die Speichelsekretion vorübergehend, für etwa 2 Wochen, beseitigen kann. Dies gelingt mit Hilfe der Röntgenstrahlen. K l e i n s c h m i d t berichtet von einigen erfolgreich behandelten Fällen folgendes:

Ein 59jähriger Landwirt hatte nach Abceßspaltung seit einem Jahr eine Fistel, aus der ununterbrochen, besonders stark beim Essen, Speichel floß. Die Wange und die ganze Halsseite war von einem nässenden Ekzem überzogen. Der Verband mußte sechsmal am Tage erneuert werden. Der Kranke kam eigentlich nicht zur Behandlung, da schon mehrere Ärzte ihre Kunst ohne Erfolg versucht hatten, sondern um sich seine Invalidität bescheinigen zu lassen. Einen Tag nach der Bestrahlung war die Fistel trocken, zwei Tage später das Ekzem schon wesentlich gebessert. Nun wurde die tiefeingezogene Narbe mit der Fistel ausgeschnitten, die Haut etwas mobilisiert und vernäht. Es kam aber zur

Eiterung, alle Fäden mußten entfernt werden. Nach 14 Tagen, ehe die Wunde verheilt war, zeigte sich wieder beim Essen tropfenweise Speichel. Drei Wochen nach der ersten folgte deshalb die zweite Bestrahlung. Der Speichelfluß hörte sofort wieder auf und kam, da die Wunde inzwischen heilte, nicht wieder.

In diesem Falle hätten wir die Heilung des Ekzems abwarten sollen. Zwar wäre dann auch eine zweite Bestrahlung nötig gewesen, aber die Eiterung wäre wohl vermieden worden.

Auch hier war der Ductus stenonis intakt. Denn nur, wenn der Weg für den Speichel nach dem Munde freisteht, kann Bestrahlung und Fistelexcision genügen.

Im Gegensatz hierzu schlägt K a e ß die Bestrahlung nur als unterstützenden Faktor bei operativer Behandlungsweise vor.

Alle diese Methoden haben auch das gemeinsam, daß sie, jede allerdings auf eine andere Art und Weise, die äußere Öffnung der Speichelfistel zu schließen und den Speichel wieder nach dem Munde zu leiten suchen. — Es liegt aber auf der Hand, daß auch hier, wie bei fast allen Operationen, nicht immer nach einer bestimmten Regel verfahren werden kann. Schon die Verschiedenheit der Entstehungsursachen der Speichelfisteln wird diese in sehr verschiedener Weise auftreten lassen, und so finden wir auch die verschiedensten Modifikationen in der Operationsweise angegeben.

So berichtet Th. S t o c k e r (Dubl. journal of med. sc. January 1882) folgenden interessanten Fall:

„Ein Gelehrter von 54 Jahren wurde am 13. August 81 in das Hospital zu Richmond aufgenommen. Derselbe litt an einem Hautcarcinom von der Größe eines Kronentalers an der linken Wange. Obgleich es Stocker klar war, daß er den Speichelgang resp. die Parotis selbst verletzen würde, unternahm er die Exstirpation des Carcinoms. Zur völligen Entfernung desselben wird ein großer Defekt der Wange nötig. Er schloß denselben weder durch Naht, noch plastische Operation, sondern ließ die Wunde durch Granulation heilen. Obgleich der Ausfluß des Speichels sehr bald bemerkt wurde, wurde wegen der Größe der Wundfläche noch nicht an eine Beseitigung der sich bildenden Speichelfistel gedacht. Patient trug ein großes Kissen aus Charpie unter dem Kinn, das er, wenn es mit Speichel gesättigt war, wechselte. Am 20. September verließ er das Hospital. Die Wunde war bis zur Größe eines halben Kronenthalers vernarbt; sie schloß sich im Verlauf der weiteren 14tägigen Beobachtung bis zu der Größe eines Sechspfennigstückes, entleerte aber noch immer reichlich Speichel. — Nach einer vierwöchentlichen Reise des Patienten sollte an ihm eine Operation zur Beseitigung der Fistel vorgenommen werden. Patient stellte sich Ende November vor, und St. bemerkte zu seinem Erstaunen, daß die Wunde der Backe

völlig geheilt sei, und der Speichel normal nach dem Munde abfließe. Freilich ist nicht angegeben, ob der Speichelgang nur angeschnitten oder vollkommen durchschnitten war.

In demselben Artikel tut St. noch eines Falles Erwähnung, bei dem er nach Entfernung eines Enchondroms der Wange den Speichelgang durchschnitten hat. Er glaubte durch Vernähen der Wunde die Speichelgangfistel vermeiden zu können; jedoch war dieses Verfahren ohne Erfolg. Schließlich gelang es ihm, einen dünnen Zinndraht vom Munde aus in den centralen Teil des Ductus Stenonianus einzuführen, diesem entlang den Speichel nach dem Munde zu leiten und darauf einen Verschluß der Fistelöffnung auf der Wange herbeizuführen. St. schlägt nun vor, weil es sehr schwer ist, vom Munde aus den Zinndraht in den Duct. Stenon. einzuführen, diesen gleich nach Verletzung des Ductus durch dessen peripheres Ende nach dem Munde zu führen und so die Heilung zu versuchen.

Eine andere Modifikation der in den Lehrbüchern angegebenen Operationsmethoden ist die von Paul P r i s angegebene. (Considérations sur les fistules du canal de Sténon et de leur traitment. Thése de Paris 1883.) Er berichtet einen Fall, der von le Fort operiert ist. Ein Mann von 55 Jahren hatte, nachdem eine an der linken Wange sitzende Geschwulst durch Ätzmittel zerstört war, an dieser Stelle eine Speichelfistel acquiriert. In diesem Falle wurde ein neuer Weg für die Passage des Speichels in folgender Weise hergestellt. Es wurde ein elastischer Faden von der äußeren Fistel aus nach hinten in das Lumen des Duct. Stenon. und dann durch die Wange der Fistel gegenüber durchgeführt; auf diese Weise wurde ein Teil des Ductus in die Gewebsmasse einbezogen, welche durch die Ligatur durchschnitten wurde. Die äußere Öffnung schloß sich von selbst.

L. G. R i c h e l o t empfiehlt (Fistule salivaire du canal de Sténon. Procédéd nouveau. L'union méd. No. 135 und Brit. journal Sept. 30. 1882) eine Modifikation, die er bei Behandlung einer Speichelfistel, resultierend aus einer alten Verletzung der Wange und verbunden mit Absceßbildung unter der Fistel,, angewandt hat. So lange der Absceß offen gehalten wurde, schloß sich die Fistel, und der Speichel floß aus der Absceßöffnung; ließ man dieselbe aber zuheilen, so floß derselbe aus der Fistelöffnung. Bei der zuerst angestellten Untersuchung war die Fistel geschlossen und an ihrer Stelle eine kleine Narbe, beinahe senkrecht unter dieser Narbe war die Öffnung des Abscesses, ein wenig nach vorn von dieser war eine zweite Öffnung, aus welcher der Speichel floß. — Die Operation wird nun so ausgeführt. Es wird ein Troicart so durch die Fistel unterhalb der Wangenoberfläche nach rückwärts gestoßen, daß eine hinter derselben gelegene Öff-

nung hergestellt wird. An Stelle des Troicarts wird ein Haarseil eingelegt. Dann wird von der Fistel aus schräg nach vorn in den Mund eingestoßen und vom Munde aus ein Drainrohr durchgeführt, dessen eines Ende mit Hilfe des Haarseils durch den zuerst gemachten Kanal gezogen wird. Die Fistel wird später angefrischt, genäht und das Drainrohr entfernt, sobald die Vernarbung, worauf ein großes Gewicht gelegt wird, vollkommen erfolgt ist. Auf diese Weise erreicht Richelot Heilung bei einer 25 Jahre alten Speichelfistel.

Erskine Mason (New-York), (Americ. Journal of med. Sciences 1880 Juli p. 97) berichtet über mehrere interessante Fälle. Bei seinem ersten 1871 beobachteten Fall, einem fünfzehnjährigen Knaben, dessen rechte Wange durch das unvorsichtige Abfeuern eines mit Schrot geladenen Gewehrs arg zerrissen war, entwickelte sich während des Heilungsprozesses eine Speichelfistel. Er operierte ganz nach der Langenbeck'schen Methode, ohne von derselben vorher Kenntnis gehabt zu haben, mit gutem Erfolge und empfiehlt diese Art der Operation, obgleich er niemals Gelegenheit gehabt hat, sie selbst wieder anzuwenden, überall da, wo genügend viel vom Duct. Stenon. erhalten geblieben ist, und wo vernarbtes Gewebe andere Methoden nicht zuläßt.

In demselben Bericht erwähnt Mason auch einen Fall, der dem von mir zuerst erwähnten von Stocker an die Seite gestellt werden kann. Ein 22jähr. Mann erhielt eine Verwundung der rechten Backe durch einen Pistolenschuß. Die Kugel wurde herausgezogen, die Wunde heilte, jedoch bemerkte man aus einer kleinen Öffnung das Hervorsickern von Speichel, der gleichzeitig auch durch seinen natürlichen Kanal in den Mund floß. Der Ausfluß des Speichels begann 14 Tage nach der Verwundung nachzulassen und hörte vier Wochen nach derselben ganz auf, worauf sich auch die Fistel sehr schnell schloß, so daß Patient als geheilt entlassen werden konnte.

Drei Fälle, die durch abweichenden Krankheitsverlauf sich auszeichnen, erwähnt Ed. Martin (Etude clinique sur le traitment des fistules de canal de sténon. Revue méd. de la Suisse Rom. 15. Aout 1883). — In seinem ersten Falle der im Anschluß an eine Parulis entstanden ist, wurde nach vergeblichen Versuchen, die Fistel von außen zu schließen, die Anlegung eines neuen Ganges in folgender Weise ausgeführt. Es wurde ein Troicart schräg nach hinten durch die Fistel eingestoßen, durch den so gebildeten Kanal ein Drainrohr eingelegt, dessen Ende am Mundwinkel geknüpft wurde. Am 10. Tage nach dieser Operation wird die äußere Öffnung der Fistel ovallär umschnitten und vernäht. Die Wunde geht aber trotz eines Kompressionsverbandes wieder auf, heilt dann aber doch unter Granulations- und

Narbenbildung wieder zu. Der innere Teil des neu geschaffenen Ganges wird erst durch Sondieren, dann durch Erweiterung mittelst Laminariastäbchen offen gehalten.

Seinen zweiten Fall kann man den beiden oben genannten, ohne operativen Eingriff geheilten zur Seite stellen. Jedoch auch hier läßt sich aus der Beschreibung nicht nachweisen, ob der Duct. Stenon. vollständig durch- oder nur angeschnitten war. Patient hatte eine Wunde der Wange durch einen Schlag mit einer Flasche erhalten. Die anfangs reichlich Speichel secernierende Wunde heilte bald, ohne eine Speichelgangfistel zurückzulassen.

Der dritte Fall, eine Speichelgangfistel infolge eines Schusses bei einem nichtgelungenen Selbstmordversuche, sollte durch eine Communication nach dem Munde hin auf galvanocaustischem Wege geheilt werden. Es bestand ein sehr starkes Narbengewebe, so daß die Nadel, die die Schlinge durch dasselbe hindurchbringen sollte, zweimal abbrach und die Operation verschoben werden mußte. Es entstand Entzündung und angeblich Atrophie der Parotis, die eine vollständige Heilung im Gefolge hatte.

Eine der bekanntesten Methoden und vielfach angewandt ist die zuerst von Deguise angegebene. Diese finden wir auch in den meisten Lehrbüchern angeführt. Nach ihr verfährt man folgendermaßen: Nachdem man die Fistel bis zur halben Dicke der Wange durch zwei elliptische Schnitte excidiert hat, durchbohrt man den Grund der Wunde zweimal so, daß die inneren Öffnungen der neugebildeten Canäle etwa ½ cm auseinander liegen. Dann zieht man durch die beiden Canäle einen Bleidraht, dessen Enden man im Munde zusammendreht. Die äußere Wunde wird hierauf durch die Naht geschlossen. Nach einiger Zeit kann der Bleidraht entfernt werden.

Schwierig ist die Behandlung in jenen Fällen, wo am Ende des masseteren und Anfang des glandulären Teils des Ductus eine Fistel mit einem Defekt gelegen ist. Hier kann man sich nach Nicoladoni dadurch helfen, daß man den buccalen Teil auf folgende Weise verlängert: Nachdem der massetere Teil des Speichelganges freigelegt ist, wird der M. buccinator um die Einpflanzungsstelle des Ductus nach vorn herum sauber bloßgelegt. Hierauf wird ein die Mündung des letzteren überschreitender zungenförmiger Schnitt durch die Wangenschleimhaut geführt und dadurch ein Schleimhaut-Muskellappen gebildet, der seine Basis am vorderen Masseterrande hat, wo ein reiches Fettlager dem Ductus unterschoben ist. Dieser Lappen wird nun um den vorderen Masseterrand nach hinten herumgeschlagen und dadurch die Gangmündung ca. 1½ cm nach rückwärts und auswärts verlegt. Über diese Verlegung wird sodann die Wangenwunde geschlossen, während der Schleimhautüberzug des Lappens den Abfluß des

Speichels gegen die Mundhöhle sichert. Es ist sogar möglich, nach Ausschneidung einer Bucht im Masseter den Lappen zu einer Rinne zu falten und diese durch zarte Naht zu einer völligen Röhre zu schließen und somit den Ductus plastisch um ein Beträchtliches zu verlängern.

Die bisher in Erscheinung getretene Vielgestaltigkeit der therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung der Parotisfisteln, wie sie im Schrifttum niedergelegt ist, findet sich gleichfalls im folgenden von mir beobachteten Falle:

Vorgeschichte: Als Mädchen hatte die Kranke Masern, Mundfäule und Mumps.

1929 hatte die Kranke Blinddarmentzündung und wurde operiert. Das 16 Jahre alte Mädchen fiel beim Bergabradeln vom Rad gegen einen Lieferwagen und riß sich an einem Haken die rechte Wange auf. Die Wunde wurde im Rosenheimer Krankenhaus operativ versorgt. Während ihres Aufenthaltes dort sonderte die Wunde ein dünnflüssiges Sekret ab. Als sich die Wunde endlich schloß, bildete sich eine Anschwellung im Bereich der rechten Wange. Die Kranke wurde wiederholt punktiert, es bildete sich aber jedesmal wieder die Geschwulst. Um diese entfernen zu lassen, kam die Patientin hierher.

Allgemeinbefund: 16 Jahre altes Mädchen in gehörigem EZ und AZ. An inneren Organen kein krankhafter Befund.

Örtlicher Befund: Vom re. Mundwinkel zieht eine nach oben konkave 7 cm lange Narbe nach hinten. In ihrer Mitte ist die Narbe eingezogen. Hier ist der Fußpunkt einer 2. Narbe, die vom Jochbogen nach abwärts geht, und eine Länge von 5 cm hat. Die Wange re. ist oberhalb der bogenförmig verlaufenden Narbe halbkugelig vorgewölbt. Die Haut ist hier gespannt und glänzend, besonders in der Nähe des Jochbeines, wo sie papierdünn ist. Hier läßt sich eine etwa kirschgroße Zyste mit Fluktuation abtasten. Sie ist gering druckschmerzhaft. Es besteht eine Fascialisparese im mittleren und unteren Ast re. In der Gegend des Duct. parot. findet sich eine kleine Narbe.

Krankheitsbefund: Parotis-Zyste re.

Behandlung: Punktion, Rö-Bestrahlung 20. 8. 35.

8. 1. Im Allgemein- und örtlichen Befund hat sich nichts im wesentlichen geändert.

Die Parotiszyste re. hat sich nicht mehr gefüllt, die ganze Backe ist dünner geworden. Fistel ist geschlossen. Die Facialisparese besteht unvermindert fort.

6. 6. Örtlicher Befund:

Die rechte Wange ist dicker als die linke. Vom rechten Mundwinkel aus verläuft eine etwa 5 cm lange, etwas bläulich verfärbte bogenförmige Narbe mit der Convexität nach unten. Un-

gefähr vor der Mitte der Narbe geht an der Convexität derselben wiederum eine ungefähr 5 cm lange, ebenfalls bläulich verfärbte bis fast zum Jochbein nach oben. An ihrem Schnittpunkt verbreitern sich die Narben, er ist etwas eingezogen und ebenfalls bläulich verfärbt.

Die Narben sind gut verheilt, auf ihrer Unterlage gut verschieblich und nicht mehr druckempfindlich.

Krankheitsbezeichnung: Zustand nach bestrahlter Parotisfistel.

Behandlung: Operative Narbenverbesserung. Nach Excision der alten Narbe erfolgt eine Hautnaht durch Knopfnähte.

Verlauf:

25. 5. 36. Wunde heilt p. p.
1. 6. 36. Wunde unverändert gut. Die Fäden wurden heute entfernt.
6. 6. 36. Die Wunde ist bis auf einen sehr kleinen Fleck völlig verheilt.
9. 6. 36. Patientin wurde entlassen.

Am Schluß meiner Arbeit will ich nicht versäumen, Herrn Dozent Dr. F. Jaeger für die Überlassung des Themas nochmals herzlichst zu danken.

Literaturverzeichnis.

Corning: Lehrbuch der topographischen Anatomie.
Deroy: Mem. de l'acad. royal. de chir. 1690.
Duphoenix: Mem. de l'acad. royal. de chir. 1757. Desgl. 1762.
Deguise: Bull. de la faculté de méd. de Paris 1811.
— Journal de med., chirurg. et pharm. 1811.
Ferrarini: Zentralblatt für Chirurgie 1919.
Gabszewicz: Gazett. Lekarska 1899.
Grahl: Beitrag zur Behandlung der Speichelfisteln. Inaug. Diss. Leipzig 1897.
Hirschfeld: Beitrag zur Therapie der Speichelfisteln. Inaug. Diss. Berlin 1889.
Kausch: Zur Behandlung der Parotisfisteln. Berlin, Klin. Wschr. 1919, Nr. 12.
Kleinschmidt: Zur Behandlung der Speichelfisteln.
Küttner: Münchn. med. Wochenschrift 1906. Handbuch der praktischen Chirurgie 1921.
Lange: Die Darstellung der Parotisgänge mittels Lipoidol bei Speichelfisteln.
v. Langer-Toldt: Lehrbuch der systematischen und topographischen Anatomie.
Latzner: Münchner Medizin. Wochenschrift 1916.
Leriche: Zentralblatt für Chirurgie 1914.
Mittermaier: Krankheiten der Speicheldrüsen.
Hofer: Die Entstehung einer Speichelfistel. Mitt. Volksgesundhtsamt Wien 1934, H. 8.
— Ref. Z. R. 1936, H. 12, S. 518.
Parthes: Zentralblatt für Chirurgie.
Rauber-Kopsch: Lehrbuch der Anatomie.
Rosenkranz: Zur Behandlung der Ohrspeicheldrüsenfisteln. Inaug. Diss. Leipzig 1929.
Wullstein Küttner: Lehrbuch der Chirurgie 1920.

Lebenslauf.

Ich, Ingeborg, Maria Schlauske, wurde am 24. Oktober 1913 in Kattowitz/Oberschlesien als Tochter des Bergwerksdirektors Paul Schlauske und seiner Ehefrau Amanda, geb. Bartsch geboren.

Nachdem ich Ostern 1920 in das städt. Mädchenlyzeum in Kattowitz eingeschult wurde, verblieb ich dort 3 Jahre. Als Ostoberschlesien unter polnische Staatsoberhoheit kam, wurde diese Schule in ein mathem.-naturw. Minderheitengymnasium umgewandelt. In dieser Anstalt verblieb ich bis zu meiner Reifeprüfung im Juni 1933. Da ich auf Grund ministerieller Bestimmungen vorderhand in Deutschland nicht studieren konnte, belegte ich in Graz ein Semester lang Medizin. Im Herbst 1934 begab ich mich nach Breslau und inscribierte mich als stud. med. dent. Ostern 1937 machte ich dortselbst das Physikum und verbrachte das Sommersemester 1937 in Rostock. Im folgenden Wintersemester begab ich mich nach München und meldete mich im Frühjahr 1939 zum Staatsexamen, welches ich am 14. Juni bestanden habe.